

Tra

la delegazione trattante di parte pubblica dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

e

la delegazione di parte sindacale della medesima azienda, costituita ex art. 15 dell'ACN 28 aprile 2022,

viene stipulato il seguente

**ACCORDO AZIENDALE ATTUATIVO  
DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE EX DGR. N. .../2024**

BOLLA

Premesso:

- che il rapporto convenzionale con i medici di medicina generale è attualmente regolato dall'accordo collettivo nazionale reso esecutivo il 4 aprile 2024;
- che, nelle more della sottoscrizione del nuovo accordo integrativo regionale triennale applicativo dell'atto di programmazione regionale, recante obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, con DGR n. 545 del 24 marzo 2023 è stato approvato l'accordo regionale inteso a stabilire modalità e criteri per l'attribuzione della quota variabile del compenso anno 2023 e dei residui degli incentivi ex art. 8 della DGR n. 39 del 15 gennaio 2016 nonché del fondo per la ponderazione delle quote capitarie;
- che l'accordo appena citato rinvia al livello aziendale la specificazione di progetti e obiettivi specifici e misurabili nonché indicatori di processo e/o di risultato relativamente a:
  1. funzioni e compiti assegnati alle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) da declinare utilizzando, ove possibile, gli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) introdotti con il DM 12 marzo 2019 per monitorare gli obiettivi, favorire un *benchmarking* virtuoso per il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione e consentire la verifica – secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza – che tutti i cittadini della Regione ricevano le cure e le prestazioni rientranti nel LEA;
  2. obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico, utilizzando, ove possibile, gli indicatori di cui sopra;
  3. risposta all'emergenza derivante dalla carenza di professionisti e garanzia della continuità clinica e/o miglioramento dell'accessibilità all'assistenza primaria; [parte da aggiornare con riferimento all'AIR stralcio 2024]

le parti concordano quanto segue.

### **1. Quota variabile finalizzata alle funzioni e compiti assegnati alle AFT**

Le parti, preso atto dell'individuazione delle funzioni e compiti assegnati alle AFT dal succitato accordo regionale, concordano di mantenere per l'anno 2024 il compenso annuo omnicomprendente di € 3,00 per assistito ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta aderenti alle attuali AFT (previste dall'AIR 2016-2018 e confermate dall'AIR ponte 2019) per lo svolgimento delle funzioni e compiti come di seguito articolati.

Le parti si danno atto che i dati considerati ai fini dell'assegnazione e rendicontazione degli obiettivi di seguito esposti sono relativi alle ricette dematerializzate, che rientrano nel debito informativo di cui all'art. 6 dell'ACN 4 aprile 2024.

*Obiettivo A: realizzazione di discussioni trimestrali tra pari sui dati di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni traccianti, indicati nella reportistica messa a disposizione dall'Azienda*

*Indicatore:*

evidenza di due verbali di discussione contenenti le azioni di miglioramento previste per migliorare la *performance* prescrittiva rispetto alle seguenti prestazioni:

- visita cardiologica;
- visita gastroenterologica e procedure endoscopiche;
- visita neurologica.

I verbali devono consistere in documenti separati dalle relazioni dell'UDMG e devono contenere, oltre all'elenco dei partecipanti alla discussione, proposte migliorative dotate di razionale, azioni e indicatori di esito con distinta evidenza.

Il conseguimento dell'obiettivo è remunerato con l'importo di € 1,50/assistito in ragione d'anno ai nominativi risultanti dal verbale.

**Obiettivo B: miglioramento degli indicatori di gestione dei pazienti per AFT**

**Indicatore:**

è osservata una tendenza di miglioramento, rispetto all'anno 2023, dei seguenti indicatori di gestione dei pazienti, complessiva per ciascuna AFT, desumibile dai dati messi a disposizione dall'Azienda:

- riduzione degli accessi al pronto soccorso con codice di *triage* bianco o verde da lunedì a venerdì in orario 8.00-20.00;
- riduzione degli accessi al pronto soccorso con codice di *triage* bianco o verde da lunedì a venerdì in orario 20.00-8.00.

Il conseguimento dell'obiettivo è incentivato con il compenso di € 1,50/assistito in ragione d'anno.

## 2. Obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico

Gli obiettivi definiti nel presente paragrafo sono finanziati con le fonti di seguito riepilogate:

- risorse complessive aziendali relative alla quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico pari a € 4,74 integrata dalla Regione con la quota di € 3,26/anno per assistito;
- il 40% dei residui di cui al punto 10 dell'AIR 2016-2018 relativi agli anni 2016, 2017 e 2018, che sono stati accantonati nel bilancio aziendale in attesa di indicazioni regionali sul loro utilizzo, pari a € 1.508.798,64;
- le risorse complessive aziendali relative alle quote accantonate con separata evidenza in sede di chiusura del bilancio di esercizio anno 2022 derivanti dall'incremento a partire dall'1 ottobre 2022 di € 1,66 del fondo per l'effettuazione di specifici programmi come da indicazioni contenute nella nota prot. 139880 del 20 settembre 2022 della Direzione centrale salute pari a € 191.264,79.

Le parti, preso atto dell'individuazione degli obiettivi strategici stabiliti dall'accordo regionale in tema di governo clinico, definiscono per ciascun punto le progettualità di seguito descritte, riferite al paragrafo 2 del medesimo accordo.

1. Ai fini della determinazione del compenso, fermo restando il valore della quota di cui all'art. 47, comma 2, lett. b) dell'ACN, come integrato ex DGR n. 545/2023, i restanti importi di cui al primo paragrafo del punto 2 della DGR in parola sono liquidati in seguito alla rendicontazione dell'attività a utilizzo totale delle risorse disponibili. [parte da aggiornare con riferimento all'AIR stralcio 2024]

Agli obiettivi di seguito descritti corrisponde una valorizzazione percentuale precisata a margine di ciascuno.

**Obiettivo A: ottimizzazione dell'impiego degli inibitori di pompa protonica (peso 20%)**

L'impiego degli inibitori di pompa protonica a carico del SSN è soggetto al rispetto delle note AIFA 1 e 48 che ne disciplinano l'uso appropriato. Spesso associati ad altre terapie farmacologiche, concorrono a incrementare la polifarmacoterapia e i rischi di interazioni tra i farmaci che la compongono.

Il sistema di misurazione Bersaglio ha da anni stimato il consumo medio pesato di tale tipologia di medicinali al fine di massimizzarne l'uso appropriato.

**Indicatore:**

Riduzione del consumo di unità posologiche del rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente misurato come numero unità posologiche (UP) su popolazione assistibile *pro capite* pesata. Valore target < 10%

$$\frac{UP(IPP)2024}{Popolazione \textit{ pro capite } pesata 2024} \quad \text{vs} \quad \frac{UP(IPP)2023}{Popolazione \textit{ pro capite } pesata 2023} < 10\%$$

**Obiettivo B: miglioramento del rapporto tra farmaci a brevetto scaduto nell'ambito dei farmaci de PHT - Nota AIFA 97 (peso 20%)**

**Indicatore:**

Tenuto conto che la nota AIFA 97 stabilisce che "in considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili", sono osservati:

- miglioramento su incidenza % DDD dabigatran (oggi farmaco a brevetto scaduto) / DDD tot.;
- miglioramento su DOAC 2024 vs. incidenza % DDD dabigatran (farmaco non a brevetto scaduto) / DDD tot.;
- DOAC 2023 > 5%.

**Obiettivo C: partecipazione alle vaccinazioni e alle attività correlate al fine di garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale (peso 15% + 15%)**

a) **Indicatore:**

a fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale 2023-2025  $\geq 75\%$  nella popolazione  $\geq 65$  anni e a una copertura in ASU FC di tutta la popolazione ultrasessantacinquenne per la stagione 2023-24 di circa il 57%, vaccinare contro l'influenza almeno il 65% dei propri assistiti che abbiano un'età  $\geq 65$  anni (nati fino al 31.12.1959), secondo le indicazioni fornite dal Dipartimento di prevenzione nella campagna 2024-25 (da ottobre 2024 a dicembre 2024 compresi) e registrare le vaccinazioni eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione e comunque entro il 31.12.2024:

- denominatore per il calcolo dell'indicatore: popolazione assistita delle coorti di nascita 1959 e precedenti;
- valore: 100% se copertura  $\geq 65\%$ ; 80% se copertura  $\geq 60\%$ ; 60% se copertura  $\geq 57\%$ .

L'obiettivo va rimodulato nel caso di modifiche dell'attuale organizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale con la creazione di centri vaccinali.

b) **Indicatore:**

a fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale 2023-2025 pari al 75% nella popolazione anziana, vaccinare contro lo pneumococco nel corso di tutto il 2024 almeno il 75% dei propri assistiti nati nel 1959 (si tratta mediamente di 20 assistiti per ciascun medico) e non già vaccinati (né con vaccino 13-valente né con vaccino 20-valente) e registrare le vaccinazioni eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione:

- denominatore: popolazione assistita nata nel 1959 non già vaccinata con vaccino antipneumococcico 13- o 20-valente;
- valore: 100% se copertura  $\geq 75\%$  o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino, in proporzione  $< 75\%$  ma  $\geq 50\%$ ; 0 se copertura  $< 50\%$ .

La formazione sull'uso dei suddetti vaccini è resa disponibile dal SISP mediante incontri da remoto.

Si specifica che la vaccinazione antipneumococcica è destagionalizzata e pertanto il vaccino può essere effettuato in qualsiasi momento dell'anno.

Viene mantenuto il compenso attualmente previsto per ciascuna prestazione vaccinale in vigore dal 2006 (DGR n. 269/2006).

L'obiettivo si intende comunque raggiunto nel caso in cui la fornitura dei vaccini sia insufficiente rispetto al fabbisogno (target sopra specificato).

**Obiettivo D: miglioramento degli indicatori sui volumi prescrittivi di cinque prestazioni (peso 20%)**

**Indicatori:**

- a) riduzione del tasso di prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche;

- b) riduzione del tasso di prescrizione di visita fisiatrica;
- c) riduzione del tasso di prescrizione di visita gastroenterologica.

I tassi di cui sopra vanno calcolati al netto delle prescrizioni "suggerite" di cui il medico di medicina generale deve dare dimostrazione.

Il compenso è riconosciuto in caso di conseguimento di tutti gli indicatori.

I dati sono inviati all'UDMG entro trenta giorni dalla sottoscrizione dell'accordo.

*Obiettivo E: sostegno dei MMG nell'assicurare l'adesione degli assistiti al programma regionale di screening HCV (peso 10%)*

a) *indicatore*

Posto che la regione Friuli Venezia Giulia, con la DGR n. 142/2024, ha protratto per tutto il 2024 le attività di *screening* gratuito per la prevenzione, eliminazione ed eradicazione del virus dell'epatite C (HCV), rilevato che il monitoraggio dell'adesione nella prima annualità di erogazione del programma ha fatto registrare un'adesione rispetto ai convocati (SIER/SAL) pari a 19,91%, atteso che la Regione con la DGR n. 486/2024 ha individuato come target per il 2024 il raggiungimento di un'adesione pari al 30%, sostenere – secondo la procedura definita **di cui agli allegati** – l'adesione al programma di *screening* HCV raggiungendo i seguenti target:

- A. almeno 30% negli assistiti appartenenti alla popolazione obiettivo dello *screening* HCV:
- denominatore per il calcolo dell'indicatore: popolazione assistita nata tra l'1.01.1969 e il 31.12.1989 (stessa popolazione obiettivo 2023);
  - valore: 100% se adesione  $\geq 30\%$ , 0 se adesione  $< 25\%$ , proporzione per i valori intermedi.

### **3. Risposta all'emergenza derivante dalla carenza di professionisti e garanzia della continuità clinica e/o miglioramento dell'accessibilità all'assistenza primaria**

*Azione A: estensione ai medici con incarico provvisorio degli obiettivi di cui al punto 2, già previsti per gli incarichi temporanei e di titolarità*

L'apporto dei singoli è valutato dal direttore del distretto in UDMG in relazione alla durata dell'incarico, con eventuale riproporzione laddove, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, sia rilevante l'arco temporale di attività, con il limite minimo di tre mesi.

*Azione B: sostegno alle aree disagiate o disagiatissime e a situazioni caratterizzate da mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente*

1. Ai destinatari di incarico provvisorio o temporaneo nelle aree disagiate o disagiatissime ovvero nelle situazioni caratterizzate da mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente è assegnato un contributo d'ingresso pari a € 3.000,00 *una tantum*. In caso di rinuncia anticipata all'incarico il contributo è rimborsato all'Azienda in misura proporzionale.
2. Nelle sole zone disagiate e disagiatissime, è assegnato un contributo di € 4.000,00 per l'apertura o il mantenimento di un ulteriore ambulatorio in diverso comune dell'ambito, laddove risiedono gli assistiti.

*Azione C: modalità avanzate di esercizio della forma associativa (AFT) e altre misure*

1. L'assistenza primaria a coloro che sono rimasti temporaneamente privi di medico nell'ambito del territorio del Comune, è garantita mediante ore ambulatoriali suppletive di attività concordate con il Distretto e svolte nelle sedi indicate, messe a disposizione dai medici, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, che compongono l'AFT con retribuzione nella misura di € 60,00 all'ora fino a un importo massimo complessivo di € 200.000,00, in caso di impossibilità di attribuire un incarico provvisorio/temporaneo in assenza dei parametri richiesti dall'ACN ovvero di impossibilità di reperire un medico disponibile a ricoprire un incarico provvisorio e in presenza del mancato incremento dei massimali.

2. In caso di incapienza del finanziamento regionale a copertura delle indennità per i collaboratori di studio, ai medici che hanno provveduto all'assunzione secondo i parametri e per le finalità stabilite dalla normativa vigente non ancora beneficiari dell'indennità di collaboratore di studio spetta una quota di rimborso di € 12.000,00 su base annua per le spese documentate, fino a concorso di € 150.000,00 complessivi.
3. Esperite tutte le procedure di assegnazione degli incarichi, qualora risultino assistiti rimasti temporaneamente privi di assistenza primaria, le parti concordano di far fronte all'emergenza anche mediante il ricorso all'aumento temporaneo del massimale su base volontaria. In caso di aumento del massimale oltre i 1.500 assistiti, la quota capitaria per le unità oltre i 1.500 e fino a 1.800 è parametrata alla quota dei primi 500 (€ 13,46 aggiuntivi).

*Azione D: azioni propedeutiche al nuovo assetto dell'assistenza territoriale*

1. I medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria in turno notturno presso le sedi di continuità assistenziale site a Tolmezzo e a Udine accedono agli istituti penitenziari che insistono nei medesimi Comuni per le richieste di intervento attivate dal personale delle strutture di cui trattasi.
2. I medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria in turno notturno presso le sedi di continuità assistenziale dell'Azienda accedono alle strutture erogatrici di cure intermedie, quali RSA, ospedali di comunità, posti letto di post-acuzie e hospice, per le richieste di intervento attivate dal personale delle strutture di cui trattasi.

A fronte di ciascun intervento, ai professionisti è riconosciuto il compenso previsto dall'ACN nel tempo vigente per le visite domiciliari occasionali, attualmente pari a € 35,00.

Ai fini della rendicontazione, ciascun medico trascrive sul registro elettronico del portale lo specifico intervento domiciliare, specificando chiaramente il luogo con indirizzo della casa circondariale. A tale registrazione corrisponde annotazione cartacea nella sede di continuità assistenziale.

#### **4. Reportistica, termini di valutazione e remunerazione degli obiettivi**

Al fine di perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza e di garantire il monitoraggio in sede di AFT dello stato di avanzamento del conseguimento degli obiettivi, l'Azienda si impegna a fornire la reportistica a cadenza quadrimestrale.

Ai fini del calcolo della quota incentivante individuale per i medici a ciclo di scelta il cui rapporto, anche provvisorio o temporaneo, sia iniziato o terminato in corso d'anno, la retribuzione è rapportata ai giorni di effettivo servizio durante l'anno. Il compenso è inoltre rapportato al numero degli assistiti in carico al 31 dicembre dell'anno precedente ovvero, in caso di servizio iniziato in corso d'anno, alla media degli assistiti nel periodo.

Tutti gli obiettivi implicanti reportistica sono valutati in relazione all'ultimo report prodotto.

La remunerazione degli obiettivi ha luogo nella seconda mensilità utile in seguito alla valutazione dei dati, in relazione alla disponibilità tecnica dei medesimi, entro i termini e le modalità previste [dalla DGR n. 545/2023](#).

Udine,

#### **Parte pubblica**

Dott. Denis Caporale

---

Dott. David Turello

---

Dott.ssa Angela Zanello

---

Dott.ssa Anna Paola Agnoletto

---

**Parte sindacale**

FIMMG, dott. Khalid Kussini

---

SMI, dott.ssa Maria Mainardis

---

SNAMI, dott. Stefano Vignando

---

CISL Medici, dott. Nicola Ventrella

---

BOLLA